

**未承認薬・適応外薬要望募集説明 参加登録用紙**

以下の番号宛ファクシミリ送信してください。

宛先：厚生労働省医政局研究振興開発課

ファクシミリ番号：03-3503-0595

提出〆切：参加予定の回の前日午前中まで

学会名： \_\_\_\_\_

参加代表者ご氏名： \_\_\_\_\_ (参加人数計 名)

連絡先電話番号： \_\_\_\_\_

電子メールアドレス： \_\_\_\_\_

参加予定                    参加する回に○を付けてください。

第1回（6月3日（金）14時～）

第2回（6月7日（火）10時～）

2回とも同じ内容で開催します。